

طراحی الگویی جدید برای ارزیابی بخش مدارک پزشکی

رضاصفدري^۱/زهرا میدانی^۲/اباذر حاجوی^۳/مرجان قاضی سعیدی^۴/رویا شریفیان^۵

چکیده

مقدمه: با توجه به نتایج بررسی های بعمل آمده مبنی بر عملکرد نامطلوب بخش های مدارک پزشکی کشور ناشی از عدم وجود استانداردهای ویژه و متناسب با نیازهای کشور و مطابق با نظرات کارشناسان امر، انجام پژوهشی در خصوص تعیین، تأیید و تصویب استانداردهای مدارک پزشکی و مکانیسم ارزیابی و ابزار مناسب با توافق نظر کارشناسان مدارک پزشکی دانشگاه های علوم پزشکی کشور ضروری می باشد تا انجام حرکت استاندارد سازی در بخش های مدارک پزشکی کشور تسهیل گردد.

روش بررسی: در طی یک مطالعه توصیفی - تحلیلی و از طریق پرسشنامه نظرات کلیه اساتید مدارک پزشکی و کارشناسان ارزیابی معاونت درمان وابسته به ۱۷ دانشگاه علوم پزشکی کشور در خصوص الگوی ارزیابی بخش مدارک پزشکی که از طریق اینترنت، پست الکترونیکی و فاکس بر اساس مدل کشورهای آمریکا، کانادا، استرالیا، نیوزیلند، انگلیس، زامبیا، آفریقای جنوبی و لبنان تدوین شده بود، جمع آوری گردید. جهت آنالیز اطلاعات از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار فراوانی)، جداول دو بعدی و به منظور ورود و تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار SPSS استفاده شد.

یافته ها: بطور کلی یافته های پژوهش نشان می دهد که بیشترین میزان توافق نمونه های پژوهش با استانداردهای نیروی انسانی بخش مدارک پزشکی ۹۸/۷ درصد و کمترین میزان توافق با استانداردهای مدیریت و اداره بخش مدارک پزشکی ۹۳/۴۱ درصد اختصاص دارد. ۹۹ درصد جامعه مورد بررسی با تشکیل کمیته های ارزیابی و ۹۶/۹ درصد ایشان با انجام خودارزیابی قبل از ارزیابی رسمی کاملاً موافق بوده اند.

نتیجه گیری: توافق نظر جمعی اساتید و کارشناسان این رشته را در خصوص الگوی پیشنهادی استانداردهای ارزیابی مدارک پزشکی، علیرغم وجود استانداردهای تعیین شده از سوی وزارت بهداشت و درمان متبوع کشورمان را می توان به نقصان در استانداردهای لحاظ شده و وجود انحراف و تفاوت فاحش بخش های مدارک پزشکی از استانداردهای موجود منسوب دانست.

کلید واژه ها: الگو، ارزیابی، مدارک پزشکی، دانشگاه های علوم پزشکی

◇ وصول مقاله: ۸۶/۳/۱، اصلاح نهایی: ۸۶/۳/۱۰، پذیرش مقاله: ۸۶/۳/۲۲

- ۱- استادیار گروه مدارک پزشکی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ۲- دانشجوی دکتری مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران، نویسنده مسئول (Email: meidhim@iums.ac.ir)
- ۳- مربی گروه مدارک پزشکی، دانشکده مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی ایران
- ۴- مربی گروه مدارک پزشکی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ۵- مربی گروه مدارک پزشکی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه

در دهه‌های اخیر، تمایل زیادی برای ایجاد برنامه‌های ارزیابی عملکرد در موسسات مراقبت بهداشتی درمانی شکل گرفته است. [۱] چالش‌های مربوط به هزینه و کیفیت، منجر به ایجاد فضائی شده است که تصمیم‌گیرندگان در تمام سطوح، در جستجوی داده‌های عینی جهت ارزیابی سازمان‌های مراقبت بهداشتی باشند. در اغلب کشورها مکانیسم‌های ارزیابی‌های خارجی به عنوان پاسخ سیستماتیک به این نیاز محسوب می‌شود. [۲]

یکی از روش‌های ارتقاء کیفیت و کاهش هزینه، حذف هزینه مربوط به عدم هماهنگی با استانداردها و دیگر هزینه‌های مربوط به کیفیت نامطلوب می‌باشد که از طریق مکانیسم‌های ارزیابی میسر خواهد شد. [۳] کوشش‌های موسسات ارزیابی‌کننده و تضمین کیفیت در کشورهای در حال توسعه به دلیل ناهماهنگی با استانداردها بر روی فعالیت‌های بهبود عملکرد مطابق با استانداردها تمرکز دارد. به دلیل این نیاز اغلب کشورهای در حال توسعه ایجاد یک مکانیسم ارزیابی جهت مراکز مراقبتی و تقویت حرکت‌های بهبود مستمر در این مراکز را به عنوان یک اولویت اساسی می‌دانند. [۴] در این راستا تهیه پیش‌نویسی از استانداردها در حیطه‌های عملیاتی مختلف، توزیع این استانداردها در بین متخصصان بیمارستان‌ها و انجمن‌های حرفه‌ای و جمع‌آوری نظرات و انجام اصلاحات بر روی استانداردهای پیشنهادی از جمله مراحل اساسی طرح استانداردسازی و تدوین برنامه مصوب ارزیابی در کشورهای مختلف محسوب می‌شود. یکی از حیطه‌های عملیاتی مهمی که در طراحی مکانیسم ارزیابی اغلب کشورها مد نظر قرار می‌گیرد، مدیریت اطلاعات (مدارک پزشکی) می‌باشد. [۵، ۶] در نظام مراقبتی پرونده‌های پزشکی از سه بعد حائز اهمیت می‌باشند؛ مدارک پزشکی مراقبت بیمار را در خود مستند می‌کند و یکی از عناصر مهمی است که در کیفیت مراقبت نقش دارد. از سوی دیگر به عنوان اولین وسیله جهت ارزیابی کیفیت مراقبت ارائه شده توسط موسسات مراقبتی محسوب می‌شود. [۷، ۸] آخر اینکه شواهد نشان می‌دهد جز با اغناء و توسعه پرونده‌های

پزشکی و بحث مدیریت اطلاعات، ایجاد پرونده الکترونیک سلامت (EHR) میسر نخواهد بود. [۹] علیرغم تمام مزایای بکارگیری استانداردها، تحقیقات انجام شده در کشورمان گویای این مطلب است که به علت عدم وجود استانداردهای ویژه و کاربردی در خصوص مدارک پزشکی ناشی از فقدان سازمان متولی این امر، عدم تطابق وضعیت مدارک پزشکی با استانداردها، باعث انحراف مسیر فعالیت‌های این بخش از اهداف اصلی خود شده است. [۱۰] ابراهیمی در پژوهش خود با عنوان "میزان رعایت استانداردها در بخش مدارک پزشکی بیمارستان‌های تامین اجتماعی مستقر در شهر تهران" میزان هماهنگی و رعایت استانداردها در بخش‌های مدارک پزشکی در مقایسه با ملاک‌های انجمن مدارک پزشکی آمریکا (AMRA) را ۳۴/۱ درصد برآورد کرد. [۱۱] صلاحی در پژوهش دیگری با عنوان "بررسی وضعیت ذخیره و بازیابی پرونده‌های پزشکی در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران" بدین نتیجه دست یافت که بخش‌های مدارک پزشکی مورد بررسی وی تنها در ۴۹/۶ درصد با معیارهای AMRA همخوانی دارد. [۱۲] بنابراین با توجه به نتایج بررسی‌های بعمل آمده مبنی بر عملکرد نامطلوب بخش‌های مدارک پزشکی کشور ناشی از عدم وجود استانداردهای ویژه و کاربردی متناسب با نیازهای کشور و مطابق با نظرات کارشناسان امر، انجام پژوهشی در خصوص تعیین، تأیید و تصویب استانداردهای مدارک پزشکی و مکانیسم ارزیابی و ابزار مناسب ارزیابی عملکرد با توافق نظر کارشناسان و اساتید مدارک پزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ضروری می‌باشد.

روش پژوهش

طی یک مطالعه توصیفی-تحلیلی نظرات جامعه مورد مطالعه شامل کلیه اساتید مدارک پزشکی و کارشناسان ارزیابی معاونت درمان وابسته به ۱۷ دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران، شهید بهشتی، شیراز، ساری، اصفهان، کرمان، کاشان، تبریز، بندر عباس، اهواز، سمنان، اردبیل، ارومیه، مشهد، ارتش و زاهدان که حداقل دارای یکی از مقاطع این رشته می‌باشند از طریق پرسشنامه جمع‌آوری گردید. به

از آنجا که هماهنگی لازم جهت توزیع پرسشنامه با رابط‌هائی در هر دانشگاه علوم پزشکی بعمل آمده بود، شرط ورود به مطالعه صرفاً خدمت در گروه مدارک پزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی به عنوان مدرس یا کارشناس ارزیابی مدارک پزشکی معاونت درمان بود. جهت اجرای این مطالعه از روش سرشماری استفاده شد و کلیه اساتید و کارشناسان ارزیابی مدارک پزشکی معاونت درمان ۱۷ دانشگاه علوم پزشکی کشور که جامعه پژوهش را تشکیل می‌دادند در این مطالعه شرکت داده کردند که بالغ بر ۱۰۰ نفر می‌باشند. جهت آنالیز اطلاعات از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار فراوانی)، جداول دوبعدی و به منظور ورود و تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که بیشترین میزان توافق نمونه‌های پژوهش با استانداردهای نیروی انسانی بخش مدارک پزشکی ۹۷۷ درصد و کمترین میزان توافق نمونه‌های پژوهش با استانداردهای مدیریت و اداره بخش مدارک پزشکی ۹۳/۴۱ درصد می‌باشد (جدول ۱). در حیطه استانداردهای آموزش و توسعه حرفه ای کارکنان بخش مدارک پزشکی بیشترین میزان توافق ۹۹ درصد با استانداردهای ارائه خدمات آموزشی به کارکنان به منظور ارتقاء سطح دانش و مهارت آنان، تدارک برنامه‌های آموزشی و دسترسی کارکنان به منابع دانش اختصاص دارد. کمترین میزان توافق نمونه‌های پژوهش ۸۴ درصد با استاندارد تأیید سیاست‌ها و رویه‌ها توسط کادر پزشکی، اجرائی و مشاور قانونی بیمارستان بوده است. تقریباً در همه گروه‌ها با افزایش سن و مدرک تحصیلی، سابقه تدریس و سابقه کار میزان توافق با استانداردها افزایش می‌یابد.

۵۰/۵ درصد، ۴۸/۴ درصد به ترتیب وضعیت کنونی ارزیابی بخش‌های مدارک پزشکی را نامطلوب و نسبتاً مطلوب دانسته‌اند. ۹۹ درصد تشکیل کمیته ارزیابی و ۹۶/۹ درصد انجام خودارزیابی قبل از ارزیابی رسمی را ضروری تشخیص داده‌اند.

منظور پایائی پرسشنامه از روش آزمون موازی یا روش آزمون - بازآزمون (Test- retest method) استفاده شده است که در این روش بار اول پرسشنامه توسط تعداد قابل قبولی از آزمودنی‌ها تکمیل شد. با توجه به ماهیت پرسشنامه ۲ هفته بعد مجدداً پرسشنامه در بین همان گروه توزیع و همبستگی میان این دو مرحله محاسبه شد (آلفای کرونباخ ۸۵ درصد). جهت سنجش ثبات داخلی پرسشنامه به دفعات مورد نظر سنجی قرار گرفت. در واقع پرسشنامه مذکور حاصل بررسی تطبیقی استانداردهای مدارک پزشکی در کشورهای ایران، آمریکا، کانادا، استرالیا و نیوزیلند می‌باشد که در نهایت منجر به ارائه الگویی از استانداردها شد که نقطه نظرات صاحبان فن در آن اعمال گردید. بعد از انجام بررسی‌های بیشتر بر روی استانداردها، الگو و مکانیسم ارزیابی سایر کشورها (انگلیس، زامبیا، آفریقای جنوبی و لبنان) پرسشنامه مجدداً توسط صاحب‌نظران بررسی و اصلاحات لازم بعمل آمد تا در نهایت پرسشنامه مذکور در ۳ بخش A, B, C طراحی گردید. قسمت A اطلاعات دموگرافیک نمونه‌های پژوهش و نظر سنجی در خصوص لزوم ایجاد استانداردها، چک لیست ارزیابی و کمیته‌های درگیر در مکانیسم ارزیابی بخش مدارک پزشکی را تشکیل می‌داد. قسمت B وزن دهی به گروه‌های پیشنهادی استانداردها؛ مدیریت و اداره بخش مدارک پزشکی، سیاست‌ها و دستورالعمل‌ها، نیروی انسانی، آموزش و توسعه حرفه ای کارکنان، فضا و تجهیزات، سیستم اطلاعات بیمارستانی و محتوای مدارک پزشکی بر حسب اهمیت و طراحی شده بر اساس الگوی ارزیابی کشورهای آمریکا، کانادا، استرالیا، نیوزیلند، انگلیس، زامبیا، آفریقای جنوبی و لبنان را در بر می‌گرفت. در قسمت C که بصورت لیکرت طراحی شده بود، نمونه‌های پژوهش میزان توافق خود را با هر یک از گروه‌های مذکور و زیرگروه‌های وابسته بیان می‌کردند.

کلیه اساتید و کارشناسان ارزیابی مدارک پزشکی معاونت درمان ۱۷ دانشگاه علوم پزشکی کشور، افراد جامعه پژوهش این مطالعه را تشکیل می‌دهند که پرسشنامه مربوطه توسط ایشان تکمیل گردیده است.

جدول ۱: توزیع فراوانی پاسخ نمونه‌های پژوهش دانشگاه‌های علوم پزشکی در خصوص موافقت با استانداردها

متغیر		فراوانی		کاملاً موافق		موافق		بدون نظر		مخالف		کاملاً مخالف	
استاندارد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
مدیریت و اداره بخش مدارک پزشکی	۴۷۹	۵۳/۵۲	۳۵۷	۳۹/۸۹	۴۳	۴/۸۹	۱۴	۱/۵۶	۲	۰/۲۲	-	-	-
نیروی انسانی بخش مدارک پزشکی	۴۰۰	۶۶/۷	۱۹۲	۳۲	۸	۱/۳۳	-	-	-	-	-	-	-
فضا و تجهیزات بخش مدارک پزشکی	۶۱۸	۵۶/۱۸	۴۳۸	۳۹/۸۲	۳۶	۳/۲۷	۱	۰/۰۹	۷	۰/۶۴	-	-	-
سیستم اطلاعات بیمارستانی	۴۸۷	۶۰/۹۵	۲۹۱	۳۶/۴۲	۲۰	۲/۵	-	-	۱	۰/۱۳	-	-	-
محتوی پرونده پزشکی	۱۲۶۵	۶۰/۳۸	۷۵۷	۳۶/۱۳	۵۷	۲/۷۲	۱۵	۰/۷۲	۱	۰/۰۵	-	-	-
سیاست‌ها و رویه‌های بخش مدارک پزشکی	۱۷۱۰	۵۷/۰۶	۱۱۴۸	۳۸/۳	۱۱۱	۳/۷۱	۲۲	۰/۷۳	۶	۰/۲	-	-	-
آموزش و توسعه حرفه ای کارکنان	۴۷۴	۵۲/۶۷	۳۸۴	۴۲/۶۷	۳۵	۳/۸۹	۶	۰/۶۷	-	-	-	-	-

بحث و نتیجه‌گیری

توافق نظر جمعی اساتید و کارشناسان این رشته را در خصوص الگوی پیشنهادی استانداردهای ارزیابی مدارک پزشکی، علیرغم وجود استانداردهای تعیین شده از سوی وزارت بهداشت و درمان متبوع کشورمان، را می‌توان به نقصان در استانداردهای لحاظ شده و وجود انحراف و تفاوت فاحش بخش‌های مدارک پزشکی از استانداردهای موجود منسوب دانست. از جمله مشکلاتی که به استانداردهای لحاظ شده از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مترتب است می‌توان به عدم وجود ساختار و فرمت مناسب، مشخص نبودن حیطه و طبقات استانداردها، عینی و قابل اندازه‌گیری نبودن استانداردها و عدم هماهنگی بین استانداردهای لحاظ شده و مشکلات فعلی بخش‌های مدارک پزشکی اشاره داشت. بررسی‌ها نشان می‌دهد که علاوه بر این که ایران در مقایسه با سایر کشورها حداقل استانداردها را در خصوص مدارک پزشکی لحاظ کرده است، حتی این استانداردها بهبود عملکرد و کیفیت خدمات این بخش را مد نظر قرار نمی‌دهد. در حالی که وجه و جایگاه مدارک پزشکی هنوز در نظام مراقبت بهداشتی کشورمان شناخته نشده است و برای

حمایت و ضمانت اجرایی عملکرد خود نیاز به سیاست‌ها و دستورالعمل‌های مدون سازمانی دارد، بررسی‌ها نشان می‌دهد اغلب کشورهای مورد مطالعه از سیاست‌ها و رویه‌های مکتوب و مدونی در ارتباط با مدارک پزشکی برخوردارند ولی ایران تنها در ۳ مورد دارای سیاست‌ها و دستورالعمل‌های مشابه با سایر کشورها می‌باشد. [۱۳] ابراهیمی نیز در پژوهش خود، وجود قوانین و مقررات مدون در بخش مدارک پزشکی را مطابق با استانداردهای AMRA، ۱۷/۱ درصد برآورد کرده است. [۱۱] Ajlouni (۲۰۰۶) در بررسی خود با عنوان "ارزیابی خدمات مدارک پزشکی در بیمارستان‌های وزارت بهداشت اردن" برآورد کرد تنها ۳ بیمارستان از ۹ بیمارستان مورد بررسی وی دارای سیاست‌ها و رویه‌های مدون بوده‌اند. [۱۴] در این مدل نیز ۹۵/۳۶ درصد با استانداردهای پیشنهادی در این زمینه موافق بوده‌اند. لذا به نظر می‌رسد تدوین سیاست‌ها و رویه‌های مدون به عنوان یکی از اصول اساسی در بخش‌های مدارک پزشکی بشمار می‌رود که یکی از مشکلات عدیده در بخش‌های مدارک پزشکی در کشورهای در حال توسعه را نیز تشکیل می‌دهد. اما تعیین این استانداردها توسط بخش مدارک پزشکی به تنهایی راهگشا نخواهد بود؛ پرونده‌های

پزشکی به عنوان ابزار چند رشته‌ای به شمار می‌رود که اطلاعات درون آن توسط پزشکان و سایر درمانگران ایجاد شده و سپس در بخش مدارک پزشکی نگهداری می‌شود. از این رو طراحی و اجرای این سیاست و رویه‌ها منوط به پذیرش از سوی آنها خواهد بود. از سوی دیگر تأیید و تصویب این سیاست‌ها با همکاری کادر اجرایی، پزشکان و مشاور قانونی منجر به تقویت و افزایش قدرت اجرایی بخش مدارک پزشکی و تضمین اجرایی این قوانین از طرف زیر مجموعه‌های وابسته به این گروه‌ها خواهد شد. اما نتایج بررسی نشان می‌دهد که کمترین میزان توافق نمونه‌های پژوهش (۸۴ درصد) در حیطه استانداردهای سیاست‌ها و رویه‌های بخش مدارک پزشکی به تأیید سیاست‌ها و رویه‌ها توسط کادر پزشکی، اجرایی و مشاور قانونی بیمارستان اختصاص دارد.

پرونده‌های پزشکی به لحاظ اینکه وضعیت بیمار، طول بستری، بررسی‌های انجام شده، درمان اتخاذ شده، سیر بیماری و تعامل بین بیمار و پزشک در طول یک دوره درمانی را مستند می‌کند، به عنوان یک عنصر اساسی در کیفیت مراقبت بیمار به شمار می‌رود. حتی برخی مطالعات نشان می‌دهد که کیفیت مدارک پزشکی کیفیت مراقبت ارائه شده توسط پزشکان را منعکس می‌کند. [۱۵] اما بررسی‌ها در زمینه میزان مستندسازی و تکمیل آن در ایران حاکی از آن است که میزان تکمیل و رعایت استانداردهای مربوط به محتویات پرونده هنوز از حد مطلوب و استاندارد خود فاصله دارد. ابراهیمی در پژوهش خود، میزان رعایت استانداردهای مربوط به محتویات پرونده را در مقایسه با استانداردهای AMRA ۷۸۴ درصد برآورد کرده است. [۱۱] در مطالعات انجام شده در ایران عملکرد مستندسازی پرونده‌های پزشکی توسط ارائه دهندگان ناقص گزارش شده است. [۱۶] بالا غفاری در مطالعه‌ای میزان آگاهی، نگرش و عملکرد دانشجویان پزشکی نسبت به اصول پرونده نویسی در مراکز آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازنداران را در حدود ۲۷/۸ درصد ضعیف گزارش کرد. [۱۷] از این رو در این بررسی ۹۶/۵۱ درصد نمونه‌های پژوهش با استانداردهای محتوی مدارک پزشکی موافق بوده‌اند.

بیشترین میزان توافق نمونه‌های پژوهش با استانداردهای نیروی انسانی بخش مدارک پزشکی در مجموع ۹۷/۷ درصد (۵۹۲) مؤید این مطلب می‌باشد که نیروی انسانی یکی از مشکلات و ملاحظات عمده بخش‌های مدارک پزشکی می‌باشد. بررسی‌ها نشان می‌دهد که سایر کشورهای مورد مطالعه در استانداردهای مربوط به کارگزینی، وجود پرسنل کافی و باصلاحیت و مدیریت خدمات این بخش بوسیله مدیر مدارک پزشکی با صلاحیت را مدنظر قرار داده‌اند. در این بررسی نیز ۱۰۰ درصد نمونه‌های پژوهش با مدیریت این بخش توسط پرسنل متخصص موافق بوده‌اند. بدلیل اینکه، شرط مدیریت مدارک پزشکی با صلاحیت بصورت تبصره در استانداردهای ایران لحاظ گردیده است، طبق بررسی درایه در سال ۱۳۷۶ با عنوان "بررسی تطبیقی سازمان و روش‌های کار در بخش مدارک پزشکی بیمارستان‌های عمومی دانشگاه‌های علوم پزشکی مستقر در شهر تهران" فقط در ۴۳ درصد مراکز مورد بررسی، رئیس بخش مدارک پزشکی، تحصیلکرده این رشته بوده است. [۱۸] از سوی دیگر مدیریت بخش مدارک پزشکی جهت تضمین کیفیت خدمات این بخش مستلزم ارزیابی عملکرد بر اساس شرح شغل می‌باشد. [۱۹] درایه در پژوهش خود، نشان داد که فقط در حدود ۲۹ درصد مراکز مورد بررسی، دارای شرح شغل و وظائف مدون برای کارکنان بخش مدارک پزشکی بوده‌اند. Ajlouni نیز در بررسی خود در اردن بدین نتیجه دست یافت که ۵ بیمارستان از ۹ بیمارستان مورد بررسی وی فاقد پرسنل دارای صلاحیت می‌باشند و تنها ۳ بیمارستان از ۹ بیمارستان دارای شرح شغل مدون و چارت سازمانی بوده‌اند. [۱۴]

بخش مدیریت اطلاعات بهداشتی جهت اداره فعالیت‌های خود، همگامی با پیشرفت‌های فن آوری که در فضای مراقبت بهداشتی اتفاق می‌افتد و توسعه مداوم ابزار و نرم افزارهای کامپیوتری نیازمند آموزش است. آموزش یکی از اجزای حیاتی هر بخش است چرا که کارکنانی که آموزش دیده هستند، خدمات باکیفیتی را نیز ارائه خواهند کرد. در واقع سازمانی که موجبات توسعه و ارتقاء کارکنان خود را فراهم می‌آورد، بر روی کیفیت خدمات آتی خود سرمایه گذاری خواهد کرد. متخصصان حرف مراقبت



بهداشتی نیز به دلیل تغییر قوانین، پیشرفت تکنولوژی و بهبود فرایندها، می باید به فراگیری مداوم مرتبط با حرفه و رشته خود پردازند.

متخصصان مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی نیز جهت رویارویی با چالش های نظام مراقبتی نیاز به آموزش دارند، چراکه آموزش یک فرد به سادگی با تکمیل یک مقطع یا استخدام وی متوقف نمی شود، به لحاظ همین اهمیت، JAHIMA از سال ۱۹۷۵ بحث آموزش مداوم را به عنوان قسمتی از فرایند اعطاء گواهی های خود قرار داده است. [۲۲-۲۰] در حالی که اغلب کشورها استانداردهایی را جهت آموزش و توسعه حرفه ای کارکنان این بخش لحاظ کرده اند در استانداردهای ایران، هیچ گونه مطلبی در این زمینه به چشم نمی خورد. [۱۳] با مد نظر قرار دادن موارد پیشگفت و فاصله و شکاف عمیق موجود در حوزه آموزشی و حیطه عملی و کاربردی این رشته در کشورمان، نقش آموزش مداوم در ارتقاء سطح دانش و تخصص کارمندان و در نتیجه، ارتقاء سطح خدمات مدارک پزشکی محسوس تر خواهد شد. اما متأسفانه تحقیقات انجام شده در کشورمان نشان می دهد که این مهم هنوز محقق نشده است. براساس پژوهش درایه، در ۴۳ درصد از مراکز مورد بررسی، کارکنان بخش مدارک پزشکی، آموزش های دوره ای دریافت کرده اند و ۵۷ درصد آنها نیز به طور موردی در برخی کلاس های آموزشی دانشگاه ها شرکت کرده اند. توافق ۹۹ درصد نمونه های پژوهش با استانداردهای ارائه خدمات آموزشی به کارکنان به منظور ارتقاء سطح دانش و مهارت آنان، تدارک برنامه های آموزشی و دسترسی کارکنان به منابع دانش در حیطه استانداردهای آموزش و توسعه حرفه ای کارکنان بخش مدارک پزشکی مؤید اهمیت این مطلب است. اما علاوه بر تدوین استانداردها، مکانیسم ارزیابی مناسب از دیگر فاکتورهایی است که می تواند در بهبود عملکرد مؤسسات موثر باشد. خودارزیابی به عنوان یکی از این مکانیسم ها از طریق پایش و ارزیابی مداوم عملکرد؛ می تواند موجبات شناسایی نقاط قوت و ضعف، تعیین نیازهای آموزشی افراد یا مؤسسات و بهبود عملکرد را فراهم آورد. [۲۴، ۲۳]

در مکانیسم ارزیابی، اغلب کشورها که به شیوه اعتباربخشی صورت می گیرد، خود ارزیابی به عنوان یکی از مراحل ارزیابی می باشد که در این مرحله مراکز مراقبتی با تهیه استانداردهای سازمان های مذکور و انجام مداوم خودارزیابی قبل از ارزیابی رسمی، پیوسته در حال بهبود مداوم عملکرد خود می باشند که این مهم طبق یافته های پژوهش ۹۶/۹ درصد مورد تأیید نمونه های پژوهش نیز بوده است. اما تصمیم گیری در خصوص وضعیت مؤسسات مورد ارزیابی به اعتبار اطلاعات جمع آوری و تحلیل شده، بستگی دارد. از این رو مستند سازی و جمع آوری اطلاعات از طریق شیوه های مختلف اعم از مصاحبه با گروه های مختلف اعم از بیمار، کارکنان، رؤسا و بررسی و جمع آوری مستندات مؤسسات می تواند به افزایش اعتبار داده های حاصل از ارزیابی کمک کند. از آنجا که این اطلاعات توسط افراد مختلف و گروه های متفاوت جمع آوری شده و در نهایت توسط کمیته تخصصی تحلیل یافته ها انجام می شود در نتیجه تصمیمات در مورد نتیجه ارزیابی، از تأثیرات سیاسی و حرفه ای مصون خواهد ماند. از سوی دیگر فرایند ارزیابی خارجی مانند ماهیت اصلی ارزیابی، باید به شیوه آموزشی و مشاوره ای هدایت شود. [۲۵]

متأسفانه در کشور ما علاوه بر اینکه سنجش، ابزار مناسبی نمی باشد، بلکه هیچ یک از مراتب فوق در فرایند ارزیابی مؤسسات مراقبتی لحاظ نمی شود. ارزیابی از سوگیری هادر امان نخواهد ماند و نتیجه ارزیابی تقریباً متأثر از فرد ارزیابی کننده خواهد بود. آنچه کمتر مدنظر قرار می گیرد بهبود و ارتقاء عملکرد مؤسسات است. مؤسسات زمانی که در معرض ارزیابی قرار می گیرند، سعی در بهبود عملکرد خود خواهند داشت. چرا که استانداردها به صورت متناوب ارتقاء نمی یابند و جهت خود ارزیابی در اختیار مؤسسات قرار نمی گیرند. در خیلی از موارد مؤسسات نمی دانند در برابر چه معیارهایی مورد سنجش قرار می گیرند. بعد از اعلام نتایج نیز هیچ بازخور مناسبی از عملکرد خود نخواهند داشت و نقاط ضعف آنها به طور بالقوه مرتفع نخواهد شد. فرایند ارزیابی، آموزش و معرفی بهترین عملکرد را دنبال نمی کند تا امکان بهره گیری از شیوه های الگو برداری از بهترین عملکرد را جهت مؤسسات دارای عملکرد ضعیف تر فراهم کند.

فهرست منابع

1. Bokonda N. Implementing a national hospital accreditation program: The Zambian experience. Available at: www.intghc.oupjournals.org/cgi/reprint/14/suppl-1/7.pdf. Accessed 2003.
2. Salmon, W. The impact of accreditation on the quality of hospital care: kwazulu-Natal province, Republic of South Africa. Available at: www.qaproject.org/pubs/pdf/SAfricaAccred.pdf. Accessed 2004.
3. Aghazadeh SM. Implementation of total quality management in the managed care industry. TQM Mag 2002; 14(2): 79-91.
4. Marquez L. Helping health care providers perform according to standards. Available at: www.qaproject.org/pdds/help phcpro.pdf. Accessed 2004.
5. Maboshe M, Tembo J. Development of a hospital accreditation program: The Zambian Experience. Available at: www.qaproject.org/pdf/engv&n2x.pdf. Accessed 2004.
6. Whittaker S, Rooney A. Quality improvement in South Africa: The COHSASA accreditation initiative. Available at: www.qaproject.org/pdf/engv&n2x.pdf.
7. Manager B. Documentation requirement in non-acute care facilities& organization. New York: the Parthenon publishing group, 2001.
8. Francis CM. Hospital administration. New Delhi: Medical Publisher's, 2000.
9. میدانی زهرا، صفدري رضا، فرشید فر غلامرضا، لک بالا پروین. بررسی تطبیقی استانداردهای مدیریت اطلاعات با رویکرد بر ایجاد پرونده الکترونیک سلامت. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، ۱۳۸۵؛ ۱۰ (۲): ۱۶۷-۱۷۲.
۱۰. خواجهی رضا. بررسی عملکرد بخش مدارک پزشکی بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان. پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۸.

از این رو ۹۹ درصد متخصصان تشکیل کمیته های ارزیابی شامل زیر کمیته مسئول تحلیل یافته های حاصل از ارزیابی، زیر کمیته مسئول ارائه خدمات مشاوره ای و حمایتی به بیمارستان ها را ضروری دانسته اند.

رویه م رفته می توان نتیجه گیری کرد که تدوین این استانداردها و مکانیسم ارزیابی تنها به عنوان مقدمه ای در راستای استاندارد سازی و ارتقای عملکرد مدیریت اطلاعات و مدارک پزشکی در کشور مان می باشد که بعد از ایجاد کمیته ای متشکل از صاحب نظران این رشته و بر اساس نتایج حاصل از توافق با استانداردها، در مورد استانداردهای نهائی موجود در چک لیست ارزیابی بخش مدارک پزشکی توافق صورت خواهد گرفت. اما مطالعات انجام شده در کشورهای توسعه یافته نیز موید این مطلب است که علیرغم تمام تلاش موسسات ذی ربط در این خصوص و وضعیت نسبتاً مطلوب پرونده های پزشکی در این کشورها، ارتقاء پرونده های پزشکی و محتوی آن به عنوان یک اولویت اساسی اغلب این کشورها بشمار می رود. [۲۶-۳۰] اما این مشکل در کشورهای در حال توسعه با چالش بیشتری روبروست. در این زمینه حرکت هائی از طریق ایجاد مکانیسم های تضمین کیفیت (بخصوص اعتبار بخشی) در کشورهای در حال توسعه در حال شکل گیری است که بر اساس مدل این کشورها مراحل ذیل به صورت پیشنهاد ارائه می گردد:

۱. انجام تغییرات اساسی در مکانیسم ارزیابی کشور و ایجاد زیر کمیته های مسئول ارائه خدمات مشاوره ای و حمایتی به بیمارستان ها، تحلیل یافته های حاصل از ارزیابی و ارتقاء و بازنگری استانداردها؛
۲. پایلوت نمودن این استانداردها و چک لیست طراحی شده در مراکز مراقبتی؛
۳. آموزش ارزیابی کنندگان؛ و
۴. ارائه مدل نهائی چک لیست ارزیابی مدارک پزشکی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران به شماره ۱۳۲/۱۱۹۲ مورخ ۸۴/۱۲/۲۱ می باشد، لذا از مساعدت این دانشگاه و هماهنگ کنندگان جمع آوری اطلاعات در دانشگاه های علوم پزشکی کشور صمیمانه سپاسگزاری می شود. ♦

21. Mazzone MJ. Lifelong learning and the nontraditional health information management career. JAHIMA 1996; 67(7):57-59.
22. Wager A, Johnston J, Wickham Lee F. Addressing the need for change: the development of a graduate program in health information administration. JAHIMA 1996; 67 (4): 66-68.
23. Bose S, Oliveras EW. How can self- assessment improve the quality of health care? Available at: www.qaproject.org/selfassess402.pdf. Accessed 2005.
24. Kloss L. Education for life: K-80. JAHIMA 1998; 69(7):28-32.
25. Rooney A. Licensure, accreditation and certification: Approaches to health services quality. Available at: www.qaproject.org/pub/pdf/accreditation/pdf. Accessed 2004.
26. Boulay F, Chevallier T, Gendreike Y, Joliot Y, Sambuc R. Can medical files be used to audit hospital health care? Presse Med 1997; 26(40):1962-1965.
27. Boulay F, Chevallier T, Gendreike Y, Joliot Y, Sambuc R. A method for auditing medical records quality: audit of 467 medical records within the framework of the medical information system project quality control. Sante Publique 1998; 10 (1): 5-15.
28. Ashkenazi A, Cooper M, Chemke J, Simon D, Cohen C, Mass N, et al. The quality assurance committee in a general hospital: Its use in improvement of the medical record. Isr J Med Sci 1992; 28(10):714-717.
29. Cardo S, Agabiti N, Picconi O, Scarinci M, Papini P, Guasticchi G, et al. The quality of medical records: a retrospective study in Lazio region, Italy. Ann Ig 2003; 15 (5): 433-442.
30. Patel AG, Mould T, Webb PJ. Inadequacies of hospital medical records. Ann R Coll Surg Engl 1993; 75(1 Suppl): 7-9.
۱۱. ابراهیمی پروین. بررسی میزان رعایت استانداردها در بخش مدارک پزشکی بیمارستان‌های تابعه سازمان تامین اجتماعی مستقر در تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۶.
۱۲. صلاحی مریم. بررسی وضعیت ذخیره و بازیابی پرونده‌های پزشکی بیماران در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران و مقایسه آنها با استانداردهای ملی و آمریکا. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۷.
13. Hajavi A, Ebadi Far F, Meidani Z. Medical records standards in selected countries& Iran: comparative study. New J Inst Health Rec Inf Manag 2005; 46 (1): 3-8.
14. Ajlouni M. Assessment of medical records services at ministry of health hospitals Jordan. Available at: www.pdf.usaid.gov/pdf/docs/pnadh033.pdf. Accessed 2007.
15. Dra G. Some related factors associated to the quality of cesarean section performance in Haraponkita children & maternity hospital in Jakarta. Melbourne, Australia, The 13th international health records congress in conjunction with the 21th conference of HIMAA, 2000.
۱۶. مشعوفی مهناز. ارزیابی ثبت اطلاعات در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی اردبیل ۱۳۸۴؛ ۳(۱۱): ۴۴-۵۱.
۱۷. بالا غفاری آزیتا. بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد دانشجویان پزشکی نسبت به اصول پرونده نویسی در مراکز آموزشی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازنداران. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی مازنداران ۱۳۸۳؛ ۱۵(۴۹): ۷۳-۸۱.
۱۸. درایه سیمین. بررسی تطبیقی سازمان و روش‌های کار در بخش مدارک پزشکی بیمارستان‌های عمومی آموزشی، دانشگاه‌های علوم پزشکی مستقر در تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۶.
19. Skurka M. Health information management. San Francisco: Health Forum, 1998.
20. Davis N. Introduction to health information technology. Philadelphia: W.B Saunders Company , 2001.



Designing a new paradigm for evaluating Iranian medical record departments

Safdari R.¹ / Meidani Z.² / Hajavi A.³ / Ghazi Saeedi M.⁴ / Sharifian R.⁵

Abstract

Introduction: According the studies that revealed the absence of specific and applied appropriate standards related to medical records, incompatibility of medical record departments with standards are prevalent, and also according consensus opinions of Iranian experts -wide universities of medical sciences on medical records activities, conducting a research on determining, confirming, and approving medical records standards; and finding an evaluation mechanism and appropriate tools according to pioneer countries and through the national appears to be necessary.

Methods: In this descriptive-analytic study, we collected performance standards, evaluation mechanisms, and evaluation checklist for health information (medical record) of USA, Australia, Canada, New Zealand, Lebanon, Zambia, and Southern Africa through the email, literature review, Fax and Internet. Also we asked views of faculty members of medical record departments in 17 Iranian universities and Health Deputy experts about evaluation of medical record departments through a questionnaire related to proposed model (2005- 2006).

Results: Our findings showed that maximum agreements were focused on staffing and directing standards (66/7%). Staff development and education standards accounted for the minimum agreements (52/67%). More than 50% of experts believed that the current evaluation system is not desired and 99% were agreed on developing special sub-committees. Nearly all of experts (96/9%) agreed on adopting self-assessment process before on-site survey.

Conclusion: Consensus of some medical records experts and faculty members to proposed model for medical records evaluation standards -despite availability of medical record standards determined by Iran Ministry of Health- should be attributed to shortcoming in available standards, evaluation mechanisms, and evaluation checklist.

Keywords: *Model, Evaluation, Medical record, Medical sciences universities, Iran.*

1. Assistant professor, School of Paramedical Sciences, Tehran University of Medical Sciences

2. PhD Student in Health Information Management, School of Management and Medical Information Sciences, Iran University of Medical Sciences

3. Faculty member, School of Management and Medical Information Sciences, Iran University of Medical Sciences

4. Faculty member, School of Paramedical Sciences, Tehran University of Medical Sciences, Iran University of Medical Sciences

5. Faculty member, School of Paramedical Sciences, Tehran University of Medical Sciences

